



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt des Behandlungsvertrages (*Behandlungsvertrag über Hebammenhilfe, Kooperationspartnerin, Revision 06, Stand 01.06.2026*) bin ich einverstanden und erkenne diesen für die im Folgenden genannten Kooperationspartnerinnen der Hebammengemeinschaft Zauberaft an:

Nicole Schulz und Rosa Maria Filice

Die Datenschutzbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Von beiden Dokumenten erhalte ich eine Kopie. Änderungen dieser Vereinbarungen und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

Daten laut Gesundheitskarte (zur Abrechnung mit der Krankenkasse)

Name der Krankenkasse _____

IK Nummer der Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Name Versicherten _____

Geb. Datum _____

WND, Datum _____

Unterschrift _____